

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

21

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Diplôme d'Etat)

PAR

Hélène RAMON

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Née le 5 mai 1919 à Clermont (Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

1944

INTERACTIONS ET ASSOCIATIONS MORBIDES
DE L'APPAREIL GÉNITAL ET DE L'APPAREIL DIGESTIF

Président : M. MOCQUOT, Professeur

CLERMONT (Oise)
Imprimerie THIRON & Cie

1944

10-21

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : RAMON

Prénoms : HÉLÈNE MADELEINE

(éventuellement) :

Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

RAMON (Hélène-Madeleine.)

— Interactions et associations morbides de l'appareil génital et de l'appareil digestif. — *Clermont-de-l'Oise, Imp. Thiron et Cie, 1944, in-8°, 40 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1944.*)

RAMON (Hélène-Madeleine.)

— Interactions et associations morbides de l'appareil génital et de l'appareil digestif. — *Clermont-de-l'Oise, Imp. Thiron et Cie, 1944, in-8°, 40 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1944.*)

RAMON (Hélène-Madeleine.)

— Interactions et associations morbides de l'appareil génital et de l'appareil digestif. — *Clermont-de-l'Oise, Imp. Thiron et Cie, 1944, in-8°, 40 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1944.*)

RAMON (Hélène-Madeleine.)

— Interactions et associations morbides de l'appareil génital et de l'appareil digestif. — *Clermont-de-l'Oise, Imp. Thiron et Cie, 1944, in-8°, 40 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1944.*)

ANNÉE 1944

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Diplôme d'Etat)

PAR

Hélène RAMON

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Née le 5 mai 1919 à Clermont (Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

1944

INTERACTIONS ET ASSOCIATIONS MORBIDES DE L'APPAREIL GÉNITAL ET DE L'APPAREIL DIGESTIF

Président : M. MOCQUOT, Professeur

CLERMONT (Oise)
Imprimerie THIRON & Cie

1944

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P. VALLÉRY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LÉVY-VALENS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique ophtalmologique	BROCQ.
Clinique urologique	VELTER.
Clinique gynécologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	PORTES.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	LEVEUF.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LOEPER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	SÉNEQUE.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	DONZELOT.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENY.
Professeurs sans chaire	N....
	DOGNON.
	HAZAUD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARDETienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORD(ER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.) . . .	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE ,	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO .	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.

MM.

DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENEAU . . .	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL.. .	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER . .	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PIÉDELIEVRE . .	Médecine légale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET. . . .	} Clinique Chirurgicale.
BRULÉ		GATELLIER . .	
CHEVALLIER .		de GAUDART	
LAROCHE . . .		d'ALLAINES .	
MOREAU . . .		MOULONGUET .	
SÉZARY		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . . .	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS,

Bien faible témoignage de ma profonde affection et de mon inaltérable gratitude pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MON FRÈRE,

A TOUTE MA FAMILLE,

A MES CAMARADES,
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, DE SAINT-HILAIRE,
DU SANATORIUM DE VAUCLUSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MOCQUOT,
Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de profonde et de très res-
pectueuse gratitude.*

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT

A Monsieur le Professeur VIGNES,
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Accoucheur des Hôpitaux,

*qui m'a inspiré cette thèse.
Respectueux hommage de reconnaissance
et d'entier dévouement de son élève.*

A Monsieur le Professeur BARIÉTY,
Médecin des Hôpitaux
Professeur de Pathologie médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

*qui a guidé mes premiers pas d'externat,
et dont l'enseignement et la bonté
resteront ineffaçables.*

A Monsieur le Professeur MOUQUIN,
Médecin des Hôpitaux
Professeur de Pathologie médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Témoignage de ma gratitude et de ma reconnaissance
pour tout ce qu'il m'a enseigné.*

A Monsieur le Professeur DELAY,
Médecin des Hôpitaux
Professeur de Pathologie médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Professeur GAUDART D'ALLAINES,
Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

A MES MAÎTRES DE STAGE

Messieurs les Professeurs CARNOT,
LEREBOULLET, GOUGEROT. CUNÉO,

A MES CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur JOUBLIN,
Interne en Chirurgie des hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur COSSART,
Docteur en Médecine,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur DOUADY,
Médecin-Directeur des Etablissements sanatoriaux
des Etudiants de France

*Avec toute mon admiration pour son
œuvre si belle vis-à-vis des étudiants
et toute ma reconnaissance pour
tout ce qu'il a fait pour moi.*

A Monsieur le Docteur LARDANCHET,
Médecin-Chef du Sanatorium des Etudiants,

Témoignage de mon entier dévouement.

A Monsieur le Docteur COUVE,
Notre Médecin-Chef du Sanatorium de Vaucluse,

*Nous n'oublierons pas sa bonté et
son aide pendant une époque mou-
vementée.*

Interactions de l'appareil génital et de l'appareil digestif

Les préoccupations gastriques et surtout intestinales sont très fréquentes chez les femmes qui se font soigner pour une affection gynécologique. — La première idée que l'on peut avoir de ce fait est qu'il s'agisse d'une simple coïncidence. Peut-être est-il plus fructueux de mettre en pratique l'enseignement que donnait le Professeur DEBOVE « une seule maladie par malade » et de chercher le lien qui existe entre ces états morbides. On arrive ainsi, très souvent, à établir que les manifestations gastro-intestinales et les manifestations utéro-ovariennes ont une même cause ou que les troubles utéro-ovariens sont la cause des manifestations gastro-intestinales ou qu'au contraire, l'affection gastro-intestinale est la cause de manifestations utéro-ovariennes. — La mise au point du diagnostic n'est pas toujours aisée. Il est souvent difficile de reconnaître quel est le *primum movens*, et dans un livre qui est précieux pour le gynécologue et qui n'est pas très ancien, ROBIN et DALCHÉ ont insisté sur les « fausses utérines » dont le trouble utérin est symptomatique d'une lésion non génitale et plus ou moins lointaine. De même, d'autres auteurs ont décrit de « fausses gastriques » d'origine utérine, etc...

*
* *

— Une première catégorie de ces associations morbides

comprend des maladies qui se sont propagées par continuité. Nous serons bref à leurs propos. Ce n'est point à dire qu'elles soient rares. On peut même dire qu'elles soient fréquentes et trop souvent méconnues.

1^o Une salpingite peut être associée à une appendicite, Chacun connaît l'expression classique de « flirt appendiculo-ovarien ». Le plus habituellement, la lésion primitive est la salpingite, mais l'inverse est possible. Il faut aussi connaître les ovarites scléro-kystiques avec gros ventre qui accompagnent une appendicite, et il va de soi qu'il faut éliminer les fausses appendicites qui sont des salpingites et les appendicites ou les typhlites qui sont prises pour des salpingites ;

2^o Une salpingite peut être associée à une sigmoïdite, l'éventualité est très fréquente ; d'après SCHLEYER, 68 % des femmes atteintes de sigmoïdite ont une salpingite gauche ou une para-mérite et 72 % des femmes ayant une salpingite gauche ont aussi une recto-sigmoïdite.

*
* *

La deuxième catégorie de faits qu'il faut envisager, la plus importante, groupe tous les cas où une maladie d'un organe génital entraîne un trouble fonctionnel plus ou moins important d'un organe digestif ou inversement. Ce sont des éventualités qui se présentent souvent et dont il faut essayer de comprendre le déterminisme. Etudions d'abord l'influence de l'appareil digestif sur l'appareil génital.

A l'état normal, le fonctionnement d'un tube digestif n'exerce aucune influence apparente sur l'appareil génital. Mais il n'en est plus de même si l'appareil digestif est le siège d'une affection organique ou d'un dérangement fonctionnel et, en particulier, d'un de ces déran-

gements qui sont déterminés par des fautes alimentaires ou une mauvaise hygiène nerveuse.

On peut concevoir que les affections du tube digestif agissent sur l'appareil génital par deux voies, *la voie humorale et la voie nerveuse*.

La voie humorale se présente à son tour sous plusieurs aspects :

1^o Tantôt il y a résorption exagérée par les parois intestinales et absorption de substances toxiques — n'insistons pas sur les fautes d'hygiène qui en sont à l'origine. Toujours est-il qu'il nous faut, une fois de plus, rappeler ici la loi de MATCHINSKI et METCHNIKOFF, à savoir : la grande affinité de l'ovule pour toute substance toxique. Les poisons intestinaux lèsent l'ovaire et trouble le fonctionnement utérin. Le redressement de l'hygiène alimentaire est un puissant moyen d'améliorer nombre d'affections gynécologiques.

2^o D'autres fois, il semble qu'il puisse y avoir résorption diminuée et, de ce fait, apport insuffisant de substances nutritives ou de vitamines.

3^o Enfin, la diarrhée peut amener la déperdition de substances utiles d'où déperdition calcique et modification de l'équilibre acide-base.

La voie nerveuse se présente sous forme de réflexes diffus, de réflexes de système qui retentissent sur les vaso-moteurs pelviens, qui peuvent retentir sur l'ovaire, sur le myomètre, sur la muqueuse utérine. Tantôt ces réflexes sont à tendance vagotonique ; il est possible qu'ils exagèrent la tendance aux maturations folliculaires et, surtout, aux maturations incomplètes, aux atrésies, à l'ovarite scléro-kystique ; il est possible qu'ils créent de la congestion, des ménorragies et de la leucorrhée. Tantôt au contraire ces réflexes sont à tendance sympathicotonique ; ils ont des effets inhibiteurs de la

maturation folliculaire, des effets de lutéinisation, ils aboutissent à l'aménorrhée.

Il ne faut certes pas exagérer la portée de ce schéma, mais il reste vraisemblable pour ordonner la plupart des malaises observés ; étant entendu que les réactions du système nerveux végétatif sont rarement systématisées sur un seul tableau et que le plus souvent, on peut constater des réactions intriquées.

Considérons maintenant l'influence de l'appareil génital sur l'appareil digestif : le fonctionnement d'un appareil utéro-ovarien normal exerce une influence très discrète sur le tube digestif. Quelques particularités se révèlent aux confins de la physiologie et de la « petite pathologie ». Je résume en renvoyant ceux qui désirent approfondir la question à la *physiologie gynécologique* et médecine des femmes du Professeur VIGNES. Le premier point est que l'estomac de la femme se vide plus vite que l'estomac masculin — d'où la tendance de beaucoup de femmes à grignoter tout le long du jour.

Par ailleurs, si le tube digestif ne présente pas de cycle fonctionnel calqué sur le cycle menstruel, il est influencé par le cycle neuro-végétatif qui commande l'appareil utéro-ovarien et qui se caractérise chez la plupart des femmes par une tendance à la sympathicotonie pré-mensuelle et une tendance à la vagotonie menstruelle. Celle-ci se continue chez beaucoup de femmes par une vagotonie qui dure jusqu'à la ponte ovulaire et qui, chez quelques-unes, atteint un maximum à ce moment. Puis la femme entre dans une phase plutôt sympathicotonique qui cessera à la veille des règles ou aux premiers jours de celles-ci. Mais tout ce schéma n'est qu'un schéma et suivant les constitutions et les circonstances, la sécrétion des hormones et ses conséquences neuro-végétatives n'ont pas la même netteté. Il se produit des décalages et souvent, tel phénomène

de la phase sympathicotonique se poursuit en phase vagotonique. En ce qui concerne le retentissement de ces influences hormonales et neuro-végétatives sur le tube digestif, on peut décrire comme habituel, l'hyperchlorhydrie et une hyperkinésie gastrique pendant les règles ainsi qu'une hyper-sécrétion et une hyperkinésie colique. Aussi, en principe, la vagotonie menstruelle favorise-t-elle l'exonération intestinale : 10 % des constipées vont à la selle de façon satisfaisante pendant les règles, 10 % des femmes normales deviennent diarrhéiques. Tout ceci n'est qu'ébauche chez la femme strictement normale et se précise pour peu que le système neuro-végétatif et le système endocrinien soient mal équilibrés. D'autre part, le déséquilibre neuro-végétatif peut déclencher d'autres aspects : C'est ainsi que la vagotonie excessive peut, chez certaines femmes commander une constipation spasmodique lors des règles. Il ne faut pas s'enfermer trop strictement dans le schéma ci-dessus indiqué, mais il faut interpréter chaque cas en s'entourant des moyens d'investigation appropriés.

Enfin, un dernier point est à signaler, c'est l'influence du coït sur le fonctionnement intestinal : nombre de filles qui étaient constipées, voient leur intestin se régulariser par le mariage ; chez quelques femmes, le coït détermine le besoin d'aller à la selle dans les heures suivantes et parfois immédiatement.

Des troubles génitiaux plus accentués agissent à un degré plus intense sur le tube digestif par voie humorale ou par voie nerveuse.

1° Mais la voie humorale qui est, en réalité, la voie hormonale ne saurait exercer une influence directe sur le tube digestif. Il est peu probable qu'il existe un récepteur digestif pour ces hormones. C'est donc par l'intermédiaire du système nerveux végétatif que les hormones

sexuelles pourront agir sur les tuniques intestinales. Cette réserve faite, il est intéressant de rappeler certains faits, les uns d'ordre expérimental, les autres d'ordre thérapeutique. LOEPER, LEMAITRE et TAUZIN en injectant dans la veine d'animaux de la folliculine et de la progestérone, ont constaté en 1934, que l'une et l'autre de ces substances agissent de la même façon et diminuent la motricité intestinale. CHIRAY, MARCHAS, MOLLARD expérimentant sur des fragments isolés d'intestins fixés sur un myographe, ont constaté que de même que la folliculine, la progestérone, et la testotérone abaissent le tonus intestinal et les contractions. D'autre part, CHIRAY publie des observations qui sont difficiles à raccorder avec ces faits expérimentaux et où l'on voit la folliculine améliorer certaines colites et exacerber certaines autres et la progestérone guérir ces dernières par un effet antagoniste. Pour lui, l'explication plausible de telles contradictions est qu'au-delà et au-deça d'un certain taux hormonal l'excitabilité myogène ou neurogène de l'intestin entre en jeu de la même façon.

Les recherches de TSUTSULOPULOS montrent l'influence des hormones sexuelles sur le tractus intestinal ; ces différentes expériences ont été réalisées sur le chien à l'aide de progestérone de l'hormone folliculaire d'œstradiol, d'orasthine, et de prolan. L'hormone folliculaire injectée pendant longtemps, à des doses élevées, détermine une hypertonicité importante de l'intestin grêle et du gros intestin. L'hormone du corps jaune en injections intra-musculaires longtemps renouvelées abaissent le tonus du côlon qui ne devient plus réceptif à l'orasthine, ce dernier élevant le tonus et exagérant le péristaltisme du grêle et du côlon. A doses élevées on observe une hypotonicité du grêle, avec disparition du péristaltisme, en même temps qu'une légère élévation du tonus rectal. Le prolan, administré pendant longtemps

par voie sous-cutanée, amène un abaissement du tonus du côlon, qui n'est plus réceptif à l'orasthine. Chez les chiens castrés, il est sans action ;

2^o *La voie nerveuse*, qu'elle soit commandée par les hormones ou par une activité réflexe, est susceptible d'influencer puissamment sur les tuniques intestinales.

Le para-sympathique est le nerf excito-moteur des fibres longitudinales et circulaires de l'estomac et de l'intestin ; il est aussi excito-sécréteur et vaso-dilatateur ; son excitation exagérée, comme on peut la réaliser par la PILOCARPINE, rend l'estomac hypertonique, le côlon filiforme ou moniliforme, la sécrétion salivaire est augmentée, la vessie devient intolérante ; en même temps, il se produit des baillements, une augmentation de la tolérance aux glucides. Son inhibition par l'ATROPINE dilate le côlon, supprime le spasme, l'intestin se vide sans diarrhée.

Le sympathique inhibe les fonctions motrices de l'intestin ; mais il excite le sphincter du pylore et d'autres fibres sphinctériennes, alors que sur ces mêmes fibres, le para-sympathique excitait le péristaltisme. Il diminue les sécrétions gastro-intestinales.

Ainsi suivant le sens de la réponse neuro-végétative, les effets d'un trouble neuro-végétatif sur l'appareil digestif seront variables, ces différences s'expliquant par le tempérament neuro-végétatif habituel ou par le tonus neuro-végétatif du moment, en fonction des circonstances du moment et aussi par certaines conditions locales des épines irritatives, des lésions anciennes, des sensibilisations locales. Il n'est pas possible de donner une loi expliquant le résultat définitif ; mais on peut concevoir une méthode qui permette d'expliquer certains cas particuliers de retentissement de l'appareil génital sur l'appareil digestif.

*
* *

Etudions maintenant ces inter-actions entre l'appareil génital et l'appareil digestif et nous étudierons les divers états observés par rapport aux circonstances où ils apparaissent : circonstances physiologiques d'une part, et circonstances morbides.

Associations morbides de l'appareil génital et de l'appareil digestif

Considérons d'abord les associations morbides digestives lors des périodes physiologiques de la vie génitale féminine.

Assez couramment, on voit à la puberté, s'installer des troubles dyspeptiques. Qui dit puberté, dit achèvement de la croissance, et suractivité génitale avec branlebas de tout le système endocrinien et neuro-végétatif. Il est assez fréquent qu'il se produise à ce moment une exagération de l'appétit et en même temps un dérèglement du fonctionnement gastrique, d'où dyspepsie post-prandiale souvent observée. Elle peut ne durer qu'un temps ; elle peut persister définitivement.

La thérapeutique de ces états devra viser tout à la fois à la meilleure hygiène possible du système neuro-végétatif, au meilleur traitement de l'ovaire (ce qui ne veut pas dire opothérapie) et une discrète médication de l'estomac.

*
* *

La ménopause s'accompagne aussi fréquemment de dyspepsie post-prandiale et de colite, l'un et l'autre

syndrome étant en rapport avec un nouveau branlebas neuro-endocrinien, les douleurs gastriques relèvent habituellement d'une plexalgie solaire. Un alcoolisme discret explique parfois certaines gastralgies.

La thérapeutique visera à calmer l'estomac et en même temps comme le montre le Professeur VIGNES, elle se proposera moins de suppléer un ovaire qui est au bout de son rouleau, que de réaliser très largement une adaptation de l'organisme à cette mort de l'ovaire.

*
* *

La menstruation détermine certaines modifications du tube digestif dont nous avons parlé plus haut : modifications de l'appétit, en plus ou en moins, de la digestion gastrique, de l'exonération intestinale. Ce n'est pas la peine d'insister davantage. La diarrhée menstruelle a souvent semblé exister chez les femmes habituellement hypersympathicotoniques, les femmes à vagin sec. PLASCHKES aurait obtenu par l'extrait d'ovaire, la guérison de certaines constipations à amélioration cataméniale. Cela est compréhensible. Est-il sûr que les effets obtenus ont été durables ? Les produits opothérapiques m'ont semblé perdre rapidement de leur pouvoir absolument comme les médicaments nervins. Il se produit des accoutumances qui empêchent l'effet obtenu de se perpétuer.

L'*ovulation* s'accompagne parfois de constipation d'après LOEPER. M. le Professeur VIGNES reconnaît un cas particulièrement intéressant.

OBSERVATION. — Mlle X... était réglée trois jours tous les 26 jours. Très exactement 14 jours avant les règles, elle avait une crise de constipation incoercible avec céphalée et nervosisme.

*
* *

L'*aménorrhée* est souvent associée à des troubles gastro-intestinaux :

1^o Certaines aménorrhées sont fonction d'un trouble gastrique ; c'est ainsi que HADEN et SINGLETON guérissent l'aménorrhée des anémiques par l'emploi d'acide chlorhydrique officinal ;

2^o D'autres aménorrhées sont fonction d'un trouble colitique : le traitement de la colite peut suffire à ramener des règles disparues ;

3^o L'aménorrhée par hypersympathicotonie peut s'accompagner des divers syndromes gastro-intestinaux de même nature. De ces états, il faut sans doute rapprocher ce que TROUSSEAU dénommait fièvre ménorrhagique.

OBSERVATION. — Ce grand clinicien racontait l'histoire d'une jeune fille récemment transplantée à Paris, qui était aménorrhéique, qui entre à l'hôpital avec une température élevée, qu'on supposa atteinte de fièvre typhoïde à cause de symptômes gastro-intestinaux et qui guérit au bout de peu de jours par la venue des règles.

De même certaines aménorrhées émotives s'accompagnent de météorisme, voir même de symptômes pseudo-péritonéaux.

*
* *

Les ménorrhagies sont souvent liées à la suralimentation carnées et souvent guérissables par la restriction alimentaire. Encore faut-il avoir soin de prescrire une ration judicieuse et non pas une restriction draconienne et faut-il penser à fournir à l'organisme des éléments dynamogéniques qui puissent remplacer la stimulation demandée au régime trop carné.

OBSERVATION. — *Ménorrhagie.*

Mlle X..., 18 ans. Vue pour des ménorrhagies abondantes et douloureuses inquiétant sa famille et entraînant une anémie : 3.000.000 G. R.

En poussant assez loin l'interrogatoire, on découvrit que, depuis les restrictions cette jeune fille absorbait, comme on le fait dans certains milieux « par réaction » des repas importants avec viande en abondance.

Plus les ménorragies augmentaient, plus elle absorbait d'aliments substantiels.

Le rétablissement d'un équilibre alimentaire normal a suffi à remettre le tout en bon ordre.

La dysménorrhée est souvent aussi causée par la suralimentation et certains états colitiques.

La rétroversion est souvent associée à divers symptômes digestifs. Mais toutes ces associations n'ont pas la même portée.

1° On accuse parfois une rétroversion ou rétroflexion de comprimer le rectum et de déterminer une dyschésie. Ce mécanisme est certainement très rare et ne doit guère jouer que dans le cas où il existe des adhérences ou un état inflammatoire associé.

2° La rétroversion et la rétroflexion provoquent des poussées colitiques réflexes. Mais il convient de se méfier ces faits sont rares et, pour justifier une hystéropexie, il faut de bonnes preuves de ce que l'état colitique soit causé par le vice de positions utérines ;

3° Dans d'autres cas, une dyspepsie est associée à une rétroversion, mais les deux affections relèvent toutes deux d'une même maladie des ptoses, d'une même léiasthénie. Là encore la chirurgie de l'utérus n'a que peu de chances de guérir les phénomènes gastriques.

*
* *

Les fibromes utérins peuvent déterminer des troubles réflexes, des nausées, des douleurs épigastriques.

OBSERVATION. — Mme X... qui présentait des douleurs gastriques du type ulcéreuses et qui, après des examens clini-

ques complets des appareils digestif et génital, avait, en réalité un fibrome. Les troubles disparurent après son ablation.

Les fibromes peuvent aussi déterminer sur l'appareil digestif des troubles de compression.

*
* *

Les infections génitales, les métrites, les salpingites peuvent déterminer de la dyspepsie, de l'épigastralgie, des spasmes pyloriques que ne guérit pas la thérapeutique digestive et que guérit la thérapeutique gynécologique appropriée. Les douleurs sont sans horaires fixes, sans rythmes digestifs, elles s'accompagnent de points douloureux solaires. A. ROBIN, dans la moitié des cas a constaté que la dyspepsie était hyperchlorhydrique et hypersthénique, que plus rarement elle était hypochlorhydrique et hyposthénique où à chimisme variable et enfin qu'il s'agissait parfois de gastrite alcoolique (c'est ici le lieu de rappeler l'alcoolisme « discret de la bourgeoisie »). Cette répartition des types cliniques de la dyspepsie incitait A. ROBIN à les considérer comme l'amplification d'un état préexcitant sous l'influence de la lésion utérine ou annexielle.

En plus du retentissement sur l'estomac, il faut connaître le retentissement sur l'intestin. Les infections génitales sont très souvent à l'origine de troubles colitiques, les uns étant dus à la propagation de l'infection, les autres étant d'origine réflexe.

Fibromes et salpingites s'accompagnent souvent de réactions, de l'appareil folliculaire qui, à leur tour, peuvent retentir sur le tube digestif, ils peuvent conditionner des colites qui sont souvent à recrudescence menstruelle et qui sont améliorées, comme CHIRAY l'a bien montré par l'opothérapie appropriée, folliculine, progestérone, testotérone suivant les cas.

L'ovarite sclérokystique mérite une mention toute spéciale avec ses maturations folliculaires intempestives. — C'est le mérite de La Gravinese d'avoir insisté sur ce fait. Il a rapporté un cas d'hématémèse sans ulcère qu'il a pu attribuer à une ovarite sclérokystique, et il rappelait, à ce propos, les hématémèses réflexes des appendices chroniques, des cholécystites. Très souvent d'après lui, une ovarite scléro-kystique méconnue est la cause d'un état gastro-intestinal : dans plus de cent cas, il aurait observé des retentissements digestifs, des spasmes pyloriques ou coliques, des hoquets et il a pu les guérir par la résection du nerf pré-sacré ou par l'isophénolisation de l'ovaire.

Dans certains cas, il y avait des signes de suractivité ovarienne et dans d'autres, des signes d'insuffisance, aménorrhée, vaginisme, dysménorrhée.

De tels faits sont rares en cas de kystes ovariens et très fréquents en cas d'ovarite scléro-kystite, et ceux-ci se lient sans doute à l'essence même de la maladie avec ses maturations tumultueuses et ses phases alternatives d'insuffisance et de suractivité fonctionnelle.

*
* *

Etudions maintenant le retentissement de certaines affections digestives sur l'appareil génital.

Les dyspepsies et gastralgies, pour ROBIN et DALCHÉ peuvent déterminer des aménorrhées, des ménorragies et des leucorrhées. En pareil cas se pose un premier problème : coexistence ou influence réciproque ? On se demandera ensuite lequel a commencé ? On se rappellera que souvent en traitant seulement l'état gastrique, on obtient un succès relatif et que l'état gastrique peut-être guéri par un traitement gynécologique.

L'ulcus peut coïncider avec une aménorrhée : qui a

commencé ? un fait est certain, c'est que les douleurs de l'ulcus sont souvent exacerbées lors des règles ; à ce sujet, un article très intéressant a paru dans *The American journal of digestive Diseases* rédigé par SANDWEISS, SALTZSTEIN et FARMAN ; ceux-ci rapportent que sur cent un cas d'ulcères gastro-duodénaux survenus avant la puberté, on trouve cinquante-deux garçons et quarante-neuf filles alors que chez l'adulte, la proportion est de 90 % et de 10 % de femmes. Ceci montre bien l'influence des glandes génitales sur ces affections digestives. Dans cet article, il note également que chez trente-trois femmes atteintes d'ulcère, on a trouvé dans 46 % des cas des symptômes endocriniens. L'ulcère est aggravé pendant la ménopause. La fonction de reproduction pourtant n'est pas affectée par la présence d'un ulcère.

La production expérimentale d'ulcère chez le chien selon la technique de MANN-WILLIAMSON donne une proportion de 98 % de mort par ulcères jéjunaux. Sur trente-quatre chiens soumis à cette technique, et ayant reçu quotidiennement des doses variées d'antuitrine S, 50 % après leur mort n'avaient pas d'ulcère et 20 % étaient en voie de guérison. La moyenne de survie des chiens ainsi traités est de 58 jours pour les témoins ; chez ceux ayant reçu de l'hormone hypophysaire, elle fut de cent jours. Six chiens de cette série sont encore vivants un an après l'opération.

De ces expériences, on a essayé de tirer un profit thérapeutique : dix-huit malades présentant des symptômes d'ulcère peptique furent traités par des injections quotidiennes de 2 à 5 c.c. d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse pendant quatorze jours consécutifs ; 78 % furent améliorés, mais on n'a pas l'impression que le bénéfice fût plus grand que celui obtenu avec d'autres produits injectés par voie parentérale. Les injections hypophysaires n'eurent aucun effet sur l'acide chlorhydrique libre

et l'acidité totale du suc gastrique ni chez l'homme, ni chez le chien.

Le même journal étudie les rapports entre gestation et ulcère peptique. Il semble y avoir peu d'ulcère peptique pendant la gestation. Sur 70.310 femmes admises à l'hôpital en état de grossesse, on a constaté qu'un seul cas d'ulcère duodénal qui se termina par la mort après accouchement d'un mort-né à six mois, tandis que sur 13.780 femmes enceintes hospitalisées durant une période de dix ans existait une proportion importante d'autres troubles gastro-intestinaux. La gestation semble avoir un effet favorable sur les symptômes de l'ulcère peptique. 25 ulcéreuses ont été enceintes 52 fois. 11 se rappellent distinctement que leurs symptômes disparurent avec le début de la grossesse ; quatre ont eu pendant les trois premiers mois des nausées, des vomissements et de l'aéro-gastrie ; une seule présenta les symptômes d'ulcère pendant la grossesse. Ainsi ces auteurs ont cherché à mettre en évidence par cette étude clinique et expérimentale un rapport entre les hormones sexuelles et d'ulcère peptique.

Les affections du côlon s'imposent souvent à l'attention de la malade et de celui qui la soigne au cours des affections gynécologiques : constipation, diarrhée, fermentations, coliques, endolorissement du cadre colique, syndromes douloureux segmentaires (tels que ces typhlites, volontiers dénommées appendicite chronique par les prurigineux et mes prurigineuses du bistouri, tels que ces colites des angles, tels que les sigmoïdites).

Ces faits sont soupçonnés depuis longtemps : EMPIS avait signalé des poussées de colites alternant avec des gonflements ovariens. CHIRAY a publié de remarquables études à propos de ces cas en assistant sur le rôle du système nerveux végétatif et du trouble ovarien dans la genèse des colites. — Mais à côté de ces faits, il faut

en signaler d'autres où la colite déclanche le trouble ovarien en hypo ou en hyper d'où aménorrhée, dysménorrhée, ménorragie, irrégularité, stérilité. Un traitement hydro-minéral, en améliorant la colite, peut améliorer et même guérir le trouble gynécologique.

La constipation est à l'origine de nombreux troubles gynécologiques : ménorragies, dysménorrhées, leucorrhées, que guérit le traitement de la constipation. SNEGUIREFF, aussitôt après dit « il faut distinguer si le trouble génital ou le trouble intestinal est primitif pour diriger le traitement » ne craint pas de se contredire « quelle que soit l'origine, la base du traitement est de combattre la constipation » pour cela après avoir essayé de préciser le mécanisme de la constipation, on fera le traitement approprié : le soufre, les extraits de bile, l'agar et autres mucilagineux, le lactose, l'huile de ricin associée à la belladone, la belladone rend de grands services.

De la *diarrhée*, nous parlerons peu : tout ce que nous avons dit pour la colite s'applique aux états diarrhéiques. L'observation de Mlle X. montre l'alternance très nette de pertes blanches et de diarrhée. Signalons que l'abus de certains purgatifs (dont ceux à base d'aloès), peut déterminer des métrorragies.

Un dernier mot sur les *hémorroïdes* et la congestion utéro-pelvienne : tantôt il y a, entre les deux états, balancement et tantôt il coexiste par extension à tout le système pelvien d'une véritable « érection interne ». Pour être complet, il faut redire un mot des *fautes d'alimentation*, dans ces rapports avec les états gynécologiques. Il faut savoir les méfaits de l'alimentation carnée excessive en particulier, les ménorragies et l'infécondité. De même il ne faut pas ignorer les méfaits d'une alimentation insuffisante ; aménorrhées par raréfaction des cycles ovulaires, stérilité. Le cas d'anorexie mentale est

particulièrement intéressant à propos de la triade : amaigrissement, anorexie, aménorrhée. Dans ces cas, l'anorexie et l'aménorrhée relèvent du facteur hypophysaire.

Que ce soit en physiologie, ou en pathologie, il existe indubitablement une liaison étroite entre appareil « génita », et appareil « digestif ».

Il est difficile de ne pas réserver dans cette étude une place importante aux rapports existant entre foie et l'appareil génital, c'est ce que nous allons étudier...

Foie, maladies hépatiques et physiologie génitale

Avant d'aborder l'étude des fonctions et des maladies hépatiques pendant la menstruation, il nous faut brièvement et schématiquement interpréter les modifications du métabolisme au cours du cycle menstruel. — Il est difficile de dire quel est le sens général de la crise qui remue l'organisme féminin tout entier à l'occasion de la menstruation, c'est-à-dire à l'occasion du passage entre la préparation à la nidation et la liquidation des dispositifs ainsi préparés. Nous comprenons assez bien, grâce aux études hormonologiques et grâce à l'histologie, le sens des phénomènes locaux. Nous ne comprenons que partiellement le rapport existant entre le cycle utéro-ovarien et les perturbations du métabolisme. L'importance de ceux-ci est pourtant réelle. Et, si nous voulons comprendre le retentissement de la menstruation sur bien des états morbides, il nous faut essayer d'interpréter l'enchaînement des phénomènes généraux entre eux et avec les phénomènes locaux.

Cette interprétation doit être conduite avec la plus extrême prudence.

La *phase prémenstruelle* se caractérise par une activité de l'ovaire et par une exaltation du système neuro-endocrinien et du métabolisme : 1° L'activité ovarienne se présente, dans l'espèce humaine tout à la fois, comme

une suractivité de l'incrétion progestéronique ou lutéinique. C'est par simplification que nous parlons de phase lutéinique puisque la folliculine continue à être produite en quantité importante ; 2° On note, en même temps, une augmentation du métabolisme basal, avec baisse au premier jour des règles. Cette activité, pour une part, reconnaît une origine folliculinique, si nous en croyons les travaux de ZONDEK et ceux de LAQUEUR : la folliculine semble bien être une hormone dynamogénique qui élève le métabolisme basal ; 3° Il est vraisemblable que la folliculine n'est pas seule à produire cet effet, que le corps thyroïde est en état de suractivité et qu'il participe à chaque cycle génital . On peut concevoir de deux façons différentes, le mécanisme de sa participation : ou bien, il n'intervient que par un effet métabolique à propos des modifications biochimiques se produisant au niveau de la muqueuse utérine, ou bien il intervient, comme il le fait pour d'autre métamorphose de l'organisme, dans le passage de l'état de nidation probable à l'état de nidation manquée. Cette suractivité thyroïdienne a, d'ailleurs, une importance assez variable, insignifiante chez certaines femmes, réalisant un véritable hyperthyroïdisme chez d'autres qui sont brûlantes, trépidantes et irritables ; 4° En même temps, tout le système neuro-végétatif est en état d'excitation à prédominance sympathicotonique. Ce nervosisme prémenstruel s'abat assez rapidement avec la venue des règles et cède la place à un état vagotonique, et une langueur tout opposés.

*
* *

Si nous entrons dans le détail, nous allons constater, en même temps que ces phénomènes primordiaux, d'autres phénomènes concernant les fonctions hépatiques,

Il est impossible de séparer de l'étude du métabolisme celle du foie qui en est un des principaux « ministres ». A ce propos, il convient de signaler qu'un caractère sexuel secondaire constant chez la femme consiste en un poids plus élevé du foie par rapport au poids total du corps : *a priori*, le tissu hépatique pourrait bien avoir à « peiner » chez elle plus quē chez l'homme.

L'excrétion d'urée augmente un peu avant les règles et diminue notablement à la veille des règles et pendant celles-ci (on a traduit ce fait en disant que la période menstruelle s'accompagne d'une rétention d'urée), elle augmente après la fin de l'écoulement, soit dès le lendemain, soit un peu plus tard et regagne son taux moyen vers le neuvième ou dixième jours. Pour interpréter ce fait, nous rappellerons que la castration s'accompagne d'hypoazoturie. Faut-il accorder à ce phénomène une portée plus générale ? Cela est possible. Il est possible que le gaspillage d'urée prémenstruel traduise une mobilisation d'azote aux approches de la nidation. La modification du métabolisme protidique ne se borne pas à cette hyperazoturie prémenstruelle, d'une part, il se produit, dans la phase prémenstruelle, une augmentation du rapport de l'azote ammoniacal à l'azote total, augmentation liée elle-même à une augmentation de l'azote ammoniacal, d'autre part, il y aurait, pendant la menstruation, une augmentation de la créatininémie et, après de la créatininurie.

*
* * *

Le *glycogène* du foie est diminué pendant les règles, il en est de même pour le glycogène des globules rouges. Ceci a probablement quelque rapport avec le fait que la muqueuse utérine, aux fins de nidation, s'enrichit progressivement en glycogène pendant le cycle et perd sa

charge glycogénique en cours de la menstruation. D'autre part, la suractivité prémenstruelle de l'organisme explique pour une part, le gaspillage de glycogène.

En même temps que ce cycle du glycogène tissulaire se produisent des modifications de la glycémie. Il y a hyperglycémie *vers l'époque* de la menstruation. Le moment exact de cette hyperglycémie est difficile à préciser, sans doute parce qu'il n'est pas constant. Tantôt, il est menstruel et tantôt prémenstruel. Quand on procède à des prélèvements quotidiens, on voit que l'hyperglycémie menstruelle commence deux ou trois jours avant les règles. Il paraîtrait que la loi serait l'hyperglycémie prémenstruelle avec retour aux chiffres normaux pendant la menstruation.

D'autre part, la possibilité de maîtriser un excès de sucre est diminuée pendant la menstruation, et dès la période prémenstruelle. Ces faits sont à rapprocher des données cliniques concernant le diabète, l'insulinothérapie et la folliculinothérapie : 1° le diabète, chez une femme aménorrhéique, est amélioré par la venue des règles et peut-être guéri par la folliculine ; la folliculine a donc des effets insulinoïdes ou auxi-insuliniques ; 2° le diabète chez une femme réglée, est plus facilement amélioré par l'insuline à la phase d'hyperfolliculinémie prémenstruelle ou à l'occasion d'un traitement insulinique, ce qui aboutit à la même conclusion ; 3° la folliculine augmente l'hyperglycémie chez la chienne normale et, plus encore, chez la chienne dépancréatée ; donc, ou bien elle n'a pas d'effet insulinoïde, mais un effet auxi-insulinique, ou bien, elle contribue à mobiliser le sucre tissulaire ; 4° le corps jaune contient une substance hypoglycémiante, probablement insulinoïde.

La période prémenstruelle s'accompagne d'une *baisse de la réserve alcaline*, le retour à la normale commençant dès le premier jour des règles.

*
* *

La cholestérolémie est augmentée dans la semaine prémenstruelle est elle diminue plus ou moins vite pendant les règles, pour revenir à son taux normal après la fin de celles-ci. Tel est le sens général du phénomène réservé. D'après les dosages du Docteur VIGNES, entrepris avec Ch. Guillaumin, le maximum de la cholestérolémie serait atteint entre les jours + 17 et + 21. D'après ses dosages, il y aurait, peut-être aussi, une baisse prémenstruelle de la lécithinémie.

Monsieur le Professeur VIGNES a démontré que ces lipoïdes sont susceptibles de modifier l'action des hormones ovariennes ; mais il est probable, d'autre part, que les hormones ovariennes influent le métabolisme des lipoïdes. Aussi est-il difficile d'être bien précis sur le sens du phénomène.

*
* *

Très souvent, de façon à peu près constante, la menstruation augmente le *volume du foie* ; d'après CHVOSTEK et d'après DIBAILOV, cette augmentation se verrait en dehors de toute affection hépatique. Elle s'accompagne d'un peu de douleur ou de sensibilité dans certains cas et, sans doute, faut-il voir là alors le signe d'une anomalie hépatique. D'après LEONARDI, cette hyperémie hépatique serait non pas menstruelle, mais prémenstruelle.

A ces faits concernant le foie, il faut en ajouter deux autres concernant la vésicule, à savoir d'une part que la vésicule *biliaire* semble paresseuse dans le milieu du mois et elle se vide avec brusquerie la veille des règles, et, d'autre part, que la folliculine et la progestérone diminuent ; l'une et l'autre, de la même façon, la motricité de la vésicule.

*
* *

L'influence exercée par la menstruation sur le foie explique le retentissement des règles normales sur les affections hépatiques et vésiculaires et, à plus forte raison, le retentissement des troubles menstruels. C'est ainsi qu'on peut observer des poussées congestives du foie sans participation appréciable de la vésicule se traduisant par une vague douleur, endolorissement ou pesanteur, avec du subictère, avec traces de sels biliaires dans les urines — des crises vésiculaires soit lithiasiques, soit neuro-végétatives — des ictères. Il convient, d'ailleurs dans tout ceci, de ne pas trop séparer le trouble hépatique et le trouble vésiculaire qui sont toujours plus ou moins associés.

Il est très fréquent que les hépatiques aient leurs crises douloureuses vers le temps des règles.

Le plus souvent, la crise a lieu le jour qui précède les règles et disparaît dans les heures qui suivent le début de l'écoulement. Plus rarement encore après.

D'après BINET (de Vichy), ces crises sont particulièrement fréquentes s'il existe un retard menstruel. Il traduit le fait en admettant que le retard menstruel est fonction d'un trouble ovarien et que celui-ci retentit sur le foie. Les règles des hépatiques seraient souvent retardées et douloureuses et il y voit la marque de la primauté ovarienne.

D'après TANTURI (de Buenos-Aires), les coliques hépatiques qui accompagnent les règles auraient un caractère particulier que l'on ne retrouve pas dans les crises évoluant entre les règles. Ces femmes ont toujours, dans le sang, des hématies granulo-filamenteuses. La présence des hématies granulo-filamenteuses (qu'il ne faut pas confondre avec les hématies granuleuses), tire son intérêt du fait que celles-ci existent en grand nombre dans le

sang des malades atteintes d'ictère hémolytique. Probablement elles témoignent d'un processus de régénération. Mais elles existent dans d'autres anémies, en particulier des anémies par saignées. Il conclut de cette trouvaille que, chez certaines femmes, l'état menstruel détermine des modifications sanguines morbides capables de conditionner la crise des coliques hépatiques.

Il faut rapprocher de ces crises hépatiques les cas où les symptômes vésiculaires sont éclipsés par la *migraine vésiculaire*. Celle-ci n'est qu'une fraction des migraines digestives. Elle s'accompagnerait de vomissements plus que les autres migraines — d'asthénie — l'examen radiologique montre de la cholécystatonie. Il s'agit souvent de femmes longilignes et asthéniques.

CHIRAY signale les ictères débutant subitement aux premiers jours des règles.

Comment faut-il interpréter ces associations entre les règles et les troubles hépatiques ? Nous avons vu que, pour beaucoup d'auteurs actuels, le trouble ovarien est primitif. Cela est assez bien démontré pour certains cas. Mais, dans d'autres, on peut se demander si le trouble hépatique ne crée pas une circonstance défavorable à la nutrition de l'appareil folliculaire. Il ne manque pas de cas où l'hygiène alimentaire, où un régime prescrit avec l'idée de lutter contre l'arthritisme ont radicalement guéri un trouble menstruel ou une stérilité. Et, aussi dans d'autres cas, le foie peut agir sur les organes génitaux par l'intermédiaire d'un trouble circulatoire : l'hypertension portale, après avoir déterminé de la stase du système hémorrhédaire peut gagner tout le système veineux pelvien et déterminer leucorrhée et métrorragies légères et indéfiniment prolongées. Un régime approprié vient à bout de ces états.

Les mêmes difficultés se retrouvent pour interpréter

les « sympathies génito-hépatiques de la puberté et de la ménopause ».

Les jeunes filles sujettes aux crises hépatiques auraient souvent une puberté tardive là encore, on peut se demander si le trouble ovarien a été la cause, de la puberté tardive ou si, comme je le crois plus probable, la puberté tardive n'a pas été fonction d'un trouble métabolique. Non moins difficile à interpréter est le cas de LOEPER où une fillette, en retard pour sa puberté, est sujette à des crises vésiculaires incoercibles et guérit avec l'apparition des règles.

A la ménopause, il est fréquent d'observer une recrudescence des crises biliaires et vésiculaires. Cette période troublée se poursuivrait après cessation des règles et tant que persistent les bouffées de chaleur. Souvent un regain des règles est annoncé par une douleur hépatique.

Envisageons les cas pour lesquels nous admettons un trouble ovarien primitif : quelle en est la nature ? On peut penser à une insuffisance ovarienne. LOEPER signale ces femmes hypo-ovariennes et obèses, qui ont des incidents lithiasiques, de la dyspepsie vésiculaire, une « susceptibilité inouïe à la prise d'un corps gras », il signale aussi, ces femmes dont les crises se multiplient après castration. Mais, à ces faits, ne peut-on en opposer d'autres, cette cliente de PARTURIER qui guérit d'accidents hépato-vésiculaires incoercibles par une hystérectomie pour fibrome, cette malade de CHIRAY dont on guérit la vésicule en guérissant des métrorrhagies par l'emploi de testostérone. Mais ici, nous nous heurtons à un autre fait — c'est que le même auteur a guéri des crises hépatiques par l'emploi de folliculine et, encore, par l'emploi de progestérone.

Voici qui n'est point fait pour éclairer le problème.

Faudra-t-il admettre une intervention du système

nerveux végétatif ? Rappeler que la vagotonie favorise la contraction vésiculaire ?

Peut-être aussi, tout au moins pour certains cas, faut-il penser à une anaphylaxie menstruelle comme dans le cas d'Etienne MAY ?

OBSERVATION. — Il s'agissait d'une jeune fille ayant présenté pendant plusieurs mois des crises douloureuses avec vomissements incoercibles d'allure vésiculaire, qui conduisirent à un drainage de la vésicule biliaire, puis à une cholécystectomie. Cette intervention fut suivie d'un long répit d'un an et demi. Mais en janvier 1937, les crises reparurent, mais avec une périodicité strictement menstruelle, se produisant tous les mois jusqu'en octobre, malgré les divers traitements employés. A partir d'octobre, on fit à la malade des injections de son propre sang menstruel. Or, ce traitement fit disparaître les accidents et, depuis cette époque, les périodes menstruelles se sont déroulées de façon entièrement normale.

De façon générale, parmi les troubles qui accompagnent la menstruation, voire même l'ovulation, il en est qui ont le caractère allergique, migraine, asthme et coryza, éruptions diverses, colite, rhinite. HOFBAUER, d'autre part, a signalé qu'on pouvait provoquer des crises hémoclasiques avec une plus grande facilité lors de la période prémenstruelle.

Deux explications se proposent à l'esprit pour ces faits : ou bien les modifications neuro-végétatives menstruelles favorisent l'action des facteurs sensibilisants, ou bien il existe une anaphylaxie de l'organisme à ses propres hormones. En poussant plus loin l'hypothèse, on a même proposé des théories anaphylactiques de la menstruation, soit qu'interviennent des substances liées à la distinction de l'ovule non fécondé, soit que la folliculine soit préparante et la progestérone déchaînante. L'interprétation la plus vraisemblable est la première, à savoir que les manifestations neuro-végétatives mens-

truelles favorisent l'action des facteurs sensibilisants. Les manifestations anaphylactiques s'apparentent aux accidents d'hypervagotonie. Il n'est pas étonnant qu'elles soient favorisées par la vagotonie.

Pour combattre ces accidents anaphylactiques, cette allergie menstruelle, Gustave SINGER conseille un régime qui protège le foie. Il faut éviter les protides animales et même, les protides végétales pendant les quatre jours prémenstruels, il faut réduire les graisses à point de fusion élevées, il faut administrer des glucides *per os* ou par autres voies, il faut soigner l'estomac. Il faut éviter la constipation. L'eau de Vichy et l'eau de Carlsbad seront utilisées. Enfin SINGER recommande de la désensibilisation non spécifique.

D'autres auteurs en pareil cas, tel JAHIEL, ont préconisé les injections intradermiques de sang menstruel (un centicube par jour pendant les dix jours prémenstruels).

D'autres, enfin, ont essayé une désensibilisation « à tout hasard » par les hormones sexuelles. Par exemple, GODEL pendant les dix jours prémenstruels a injecté, un jour sur deux, de la folliculine par voie intradermique et, l'autre jour, de la progestérone et il se loue beaucoup des résultats obtenus.

CONCLUSION

Il existe entre l'appareil génital d'une part, et l'appareil digestif et hépatique d'autre part. des interactions très nettes.

La physiologie et surtout la pathologie montrent cette collaboration pendant toute la vie génitale de la femme : les affections du tube digestif agissant sur l'appareil génital par deux voies : voie humorale et surtout voie nerveuse. Mais l'influence de l'appareil génital sur l'appareil digestif est beaucoup plus évidente, car ce dernier est marqué par le cycle neuro-végétatif qui commande l'appareil utéro-ovarien : tendance à la sympathicotomie prémenstruelle et à la vagotonie menstruelle. Là encore, l'influence a lieu par voies humorale et nerveuse, les hormones sexuelles agissant sur l'appareil digestif par l'intermédiaire du système nerveux végétatif.

Eu cours de la puberté, de la ménopause, on trouve souvent quelques troubles digestifs et on en découvre surtout dans les différentes affections génitales : ménorragies, métrites, fibromes, ovarite sclérokystique. De même dans les affections digestives, ulcus, colites, constipation, la malade peut se plaindre de troubles génitaux : c'est ce que j'ai étudié dans un deuxième chapitre.

Il est difficile de ne pas réserver une place au retentissement réciproque du foie et des glandes génitales, l'excrétion d'urée, le glycogène, la cholestérolémie sont modifiées pendant les menstruations. Aussi, ne faut-il pas s'étonner de découvrir un retentissement des règles

normales sur les affections hépatiques, principalement sur les crises de colique hépatique. Ceci fait le sujet d'un troisième chapitre.

En résumé, il est intéressant de connaître les interactions et associations morbides de l'appareil génital et de l'appareil digestif. Dans les cas pathologiques, il est utile surtout de savoir distinguer quel est l'appareil qui doit être mis en cause : car connaître d'où viennent les différents symptômes, c'est éviter bien des erreurs de diagnostic et appliquer une thérapeutique juste et efficace.

BIBLIOGRAPHIE

- H. VIGNES. — *Physiologie gynécologique*.
- FRANCILLON. — Puberté chez la femme. (Thèse de Paris, 1906).
- WANG et DEUTLER. — *Journ of Biol. Chem.*, 1920, t. 45.
- PEPERKORN. — Menstruation et diabète. *Munch. Med. W.*, 28 octobre 1932, t. 79.
- BLOCH et BERGEL. — Le cycle ovarien et le métabolisme des glucides. *Wiener Arch. für innerc. med.*, 20 février 1935, t. 26.
- LOEPER, LEMAIRE et TAUZIN. — Action expérimentale des hormones femelles sur la bile et les intestins. *C. R. Soc. Biol.*, 1934, t. 96.
- M. E. BINET. — Angiocholécystite et hépatocrinie. *Presse médicale*, 19 février 1941.
- CARLOS, ALBERTO, TANTURI. — Coliques hépatiques et menstruation. *La Semana Medica*, 1932.
- Jean TIPREZ. — La migraine vésiculaire. *Echo médical du Nord*, 25 février 1934.
- CHIRAY, MASCHAS et MOLLARD. — Rôles des perturbations endocriniennes dans les spasmes vésiculaires et gastro-intestinaux. *Presse médicale*, 13 août 1941.
- POTEL. — Les troubles génito-urinaires dans les petites hypertensions portales. *L'Echo médical du Nord*, 6 mai 1926.
- BINET. — *Loc. cit.* « Syndromes hépato-ovariens ». *La Vie médicale*, 25 juillet 1933.
- LOÉPER et BINET. — La sympathie cholécysto-ovarienne. *Progrès médical*, 11 janvier 1930.
- Etienne MAY, TIFFENEAU et Mme LOGEAI. — Crises hépatiques menstruelles traitées par la cuti-hémothérapie menstruelle. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 13 mai 1938.
- SINGER. — Allergie menstruelle. *Medizinische Welt*, 1937, t. 11.
- JAHIEL. — Les étapes génitales de la lithiasé biliaire chez la femme. *Presse médicale*, 1^{er} juillet 1936.

Roger GODEL. — Réactions allergiques au cours de la menstruation et de la ménopause. *La Presse médicale*, octobre 1940.

LARDENNOIS. — Les péricolites chroniques. (Rapport de l'Association française de Chirurgie, Congrès de 1927).

Georges TSUTSULOPULOS. — Hormone sexuelle et fonction intestinale en rapport avec l'état particulier d'atonie intestinale de la gestation. *Archiv. fur Gynakologie*, avril 1939.

Georges MAGNON. — Etiologie des côlites. *Presse médicale*, novembre 1943.

H. VIGNES. — Les troubles de la ménopause. Comment les interpréter. Comment les soulager. *Presse médicale*, 10 juin 1933.



Vu : le Président de thèse,
P. Mocquot.

Vu : le Doyen,
BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.